

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Edad del Niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Persona que completa el formulario \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha padecido alguna enfermedad, hospitalización o cirugía desde su última visita? (SI) (NO)

<b>Nutrición:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Su hijo está bebiendo leche baja en grasa, con un límite de 2-3 tazas por día?	( )	( )
¿El jugo o las bebidas azucaradas están limitadas a 0 o 1 porción por día?	( )	( )
¿Su hijo come una variedad de frutas/vegetales/leche/carne?	( )	( )
¿Su hijo toma regularmente un suplemento que contenga vitamina D?	( )	( )
En promedio, ¿su hijo come comida rápida una o más veces por semana?	( )	( )

<b>Historial Familiar y Social:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Existe alguna enfermedad importante en la familia que desconozcamos?	( )	( )
¿Existen antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca o arritmias?	( )	( )
¿Existe algún factor de estrés importante en la familia (enfermedad, mudanzas, muerte, separación)?	( )	( )

<b>Factores Preventivos de Salud/Riesgo:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
El tiempo frente a una pantalla (TV/videos/videojuegos/ordenador/tableta/teléfono) está limitado al ¿menos de 2 horas al día?	( )	( )
¿Su hijo cuenta con TV o internet en el dormitorio?	( )	( )
¿Su hijo siempre viaja en el asiento trasero con el cinturón de seguridad?	( )	( )
¿Usted, alguien que cuida de su hijo, o alguien en su casa fuma?	( )	( )
¿Su hijo utiliza un casco cuando viaja en bicicleta, patineta, patines, etc.?	( )	( )
¿Hay armas en su casa?	( )	( )
• En caso afirmativo, ¿siempre se mantienen descargadas y bajo llave?	( )	( )
¿Hay detectores de humo y extintores en su casa?	( )	( )
• ¿Se revisan anualmente?	( )	( )
¿Su hijo ha tenido contacto cercano con alguna persona que sufra de tuberculosis (TB), o que esté en alto riesgo de tuberculosis (personas provenientes de África, Asia, América Latina, países del Caribe, cárcel, usuario de drogas IV, VIH positivo)?	( )	( )
¿Su hijo visita al dentista dos veces al año y se cepilla los dientes diariamente?	( )	( )
¿Su hijo realiza ejercicio?	( )	( )

<b>Salud Conductual/Mental:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Su hijo tiene una rutina de sueño regular?	( )	( )
¿Su hijo duerme bien, sin roncar?	( )	( )
¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo, desarrollándose y comportándose?	( )	( )

<b>Académico:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿En qué grado está su hijo?	( )	( )
¿Su hijo está dentro o por encima del promedio en su nivel de grado?	( )	( )
¿A su hijo le gusta leer?	( )	( )
¿Su hijo participa en actividades extracurriculares?	( )	( )
¿Su hijo recibe servicios adicionales, tutorías, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, etc.?	( )	( )

<b>Pubertad:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Su hija ha comenzado a presentar períodos menstruales	( )	( )
En caso afirmativo, ¿son regulares y con molestias leves?	( )	( )